

FAX送信票

送信先 長崎県立ろう学校 〒856-0807 大村市宮小路3丁目5番5

FAX番号：0957-55-5410

送 付 日	令和8年 月 日 ()		
送信者氏名	(職名)		
園・学校名		連絡先	TEL - -

令和8年度長崎県立ろう学校(学校説明会)参加申込書

ふりがな 氏 名	所 属 (該当のところを○で囲む)	初回 来校者 (○)	補聴器等 相談 (○ ×)	教育 相談 (○ ×)	寄宿舍 見学 (○ ×)	手話 通訳 (○ ×)	高等部 授業体験 (A~E)
	・ 幼児児童生徒 (年齢/学年:)						
	・ 保護者						
	・ 職員 (職名:)						
	・ 幼児児童生徒 (年齢/学年:)						
	・ 保護者						
	・ 職員 (職名:)						
	・ 幼児児童生徒 (年齢/学年:)						
	・ 保護者						
	・ 職員 (職名:)						
	・ 幼児児童生徒 (年齢/学年:)						
	・ 保護者						
	・ 職員 (職名:)						

※高等部授業体験は、中学生・高校生が対象となります。

※これまでに本校で教育相談などなく、初めて来られる方は「初回来校者」欄に○を記入し、当日は聴力測定にご協力ください。その他は、希望があれば○をお願いします。

※教育相談、寄宿舍見学は説明会終了後に行いますが、希望者多数の場合には時間帯などご相談させていただきます。

※準備等の関係で、**9月24日(木)**までに参加申込みをお願いします。期限を過ぎての申込みは対応しかねますので、あらかじめご了承ください。なお、参加の希望がない場合は、回答は不要です。

※質問事項等がありましたらご記入ください。また、補聴器等相談、教育相談を希望される方は、簡潔に相談内容をご記入ください。

--